

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ ФОРМЫ НИФЕДИПИНА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА**

*Мамась А.Н.<sup>1</sup> Винников А.В.<sup>2</sup> Мусийчук В.А.<sup>2</sup> Булахов А.Н.<sup>2</sup>  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»<sup>1</sup>  
УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой  
медицинской помощи»<sup>2</sup>*

Длительный опыт использования таблетированных форм нифедипина подтвердил эффективность и безопасность этого препарата при лечении беременных с тяжелыми формами гестоза [1]. Вместе с тем, доказано, что фармакологическое действие препарата зависит не только от его концентрации в крови, но и от скорости ее нарастания и снижения в плазме крови [2]. Следовательно, безопасность применения данного препарата у беременных с

тяжелыми формами гестоза может обеспечить управляемость этого процесса, поскольку резкие перепады уровня артериального давления могут привести к нарушению органного, в том числе и маточно-плацентарного кровотока. Такая управляемость может быть достигнута оригинальной инъекционной формой нифедипина, выпущенной фирмой Байер АГ, Германия под названием «Адалат».

**Целью** данного исследования явилась проверка безопасности использования инъекционной формы нифедипина в качестве гипотензивного компонента комплексной интенсивной терапии беременных с тяжелыми формами гестоза.

**Материалы и методы.** В отделении реанимации и интенсивной терапии нами были обследованы 18 беременных с гестозом средней и тяжелой степени тяжести (более 8 баллов по шкале Г.М. Савельевой и Goeck). Возраст обследованных составлял от 19 до 38 лет, срок гестации варьировал от 28 до 37 недель.

У всех беременных нами использовался нифедипин (Адалат) в виде продленной внутривенной инфузии в дозах 0,2-0,6 мг в час (2-6 мл препарата в стандартном разведении 5 мг на 50 мл согласно инструкции производителя) в качестве гипотензивного компонента комплексной терапии гестоза. Все внутривенные введения осуществлялись с помощью шприцевых дозаторов.

У всех рожениц мониторировались: частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое (АДс), диастолическое (АДд) и среднее (АДср) артериальное давление, сатурация крови ( $\text{SaO}_2$ ), частота дыхания (ЧД) и почасовой диурез.

Параметры центральной гемодинамики: минутный объем сердца (МОС), ударный объем (УО), общее сосудистое периферическое сопротивление (ОПСС) определялись расчетным методом, кроме того, оценивался уровень центрального венозного давления (ЦВД). Лабораторно контролировались биохимические параметры крови, кислотно-щелочное состояние и уровень электролитов плазмы крови. Состояние плода оценивалось с помощью кардиотокометрии в динамике, оценка новорожденных проводилась по шкале Апгар.

**Результаты и их обсуждение.** У всех обследованных нами беременных при поступлении был установлен гипокINETический тип гемодинамики с высокими показателями общего периферического сопротивления сосудов, низким УО и МОС, что свидетельствовало о необходимости параллельного проведения инфузионной и гипотензивной терапии. Стартовая скорость инфузии составляла 90-100 мл в час с обязательной коррекцией в зависимости от прироста центрального венозного давления и часового диуреза.

У четырех беременных Адалат использовался в качестве единственного гипотензивного препарата, у 6 – в комбинации с  $\beta$ -блокаторами и у 8 – в сочетании с сульфатом магния, причем комбинированное применение позволило нам снизить дозировки  $\beta$ -блокаторов и сернокислой магнезии на 40-50% по сравнению с дозировками, рекомендуемым для монотерапии этими препаратами.

У всех беременных через 2-6 часов от начала интенсивной терапии был получен положительный эффект, который проявлялся снижением артериального давления, урежением ЧСС, Ростом УО и МОС. Скорость снижения уровня АД регулировалась темпом введения нифедипина, а объем инфузионной терапии определялся уровнем ЦВД и параметрами центральной гемодинамики.

13 беременных были родоразрешены путем операции кесарево сечение в течение 1 суток. Методом анестезиологического пособия во всех случаях была

выбрана спинальная анестезия, которая была проведена по общепринятой методике с использованием 0,5% раствора бупивакаина. У 5 пациенток родоразрешение проведено через естественные родовые пути фоне продленной эпидуральной анальгезии.

В послеродовом и послеоперационном периоде все роженицы продолжали нифедипин (Адалат) в виде продленной внутривенной инфузии в комбинации с сульфатом магния или  $\beta$ -блокаторами. Со вторых суток пациентки переводились на пероральные формы нифедипина, с последующей отменой в течение 2-4 суток. Критерием отмены гипотензивной и магнезиальной терапии считали отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС, нормализация АД и почасового диуреза.

Все дети родились живыми с оценкой по шкале Апгар 5–8 баллов, причем ни у одного из новорожденных не наблюдалось признаков медикаментозной депрессии, а тяжесть состояния была обусловлена внутриутробной гипоксией, синдромом задержки развития плода и сроком гестации.

#### Заключение.

При использовании инъекционной формы нифедипина у беременных с тяжелыми формами гестоз как в качестве гипотензивного монопрепарата, так и в сочетании с другими гипотензивными препаратами а нами не было выявлено каких-либо осложнений ни со стороны матери, ни со стороны плода. Введение препарата с помощью дозатора позволяет управлять концентрацией препарата в плазме крови, при необходимости ее регулировать не допуская снижения маточно-плацентарного кровотока. Несмотря на необходимость дальнейших исследований, инъекционная форма нифедипина (Адалат) может быть использована в качестве гипотензивного компонента комплексной интенсивной терапии тяжелых форм гестоза.

#### Литература

1. Зильбер, А. П., Акушерство глазами анестезиолога / А. П. Зильбер, Е. М. Шифманю – Петрозаводск, 1997 – 397 с.
2. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2003. – Т. 21. – С. 1011-53.